

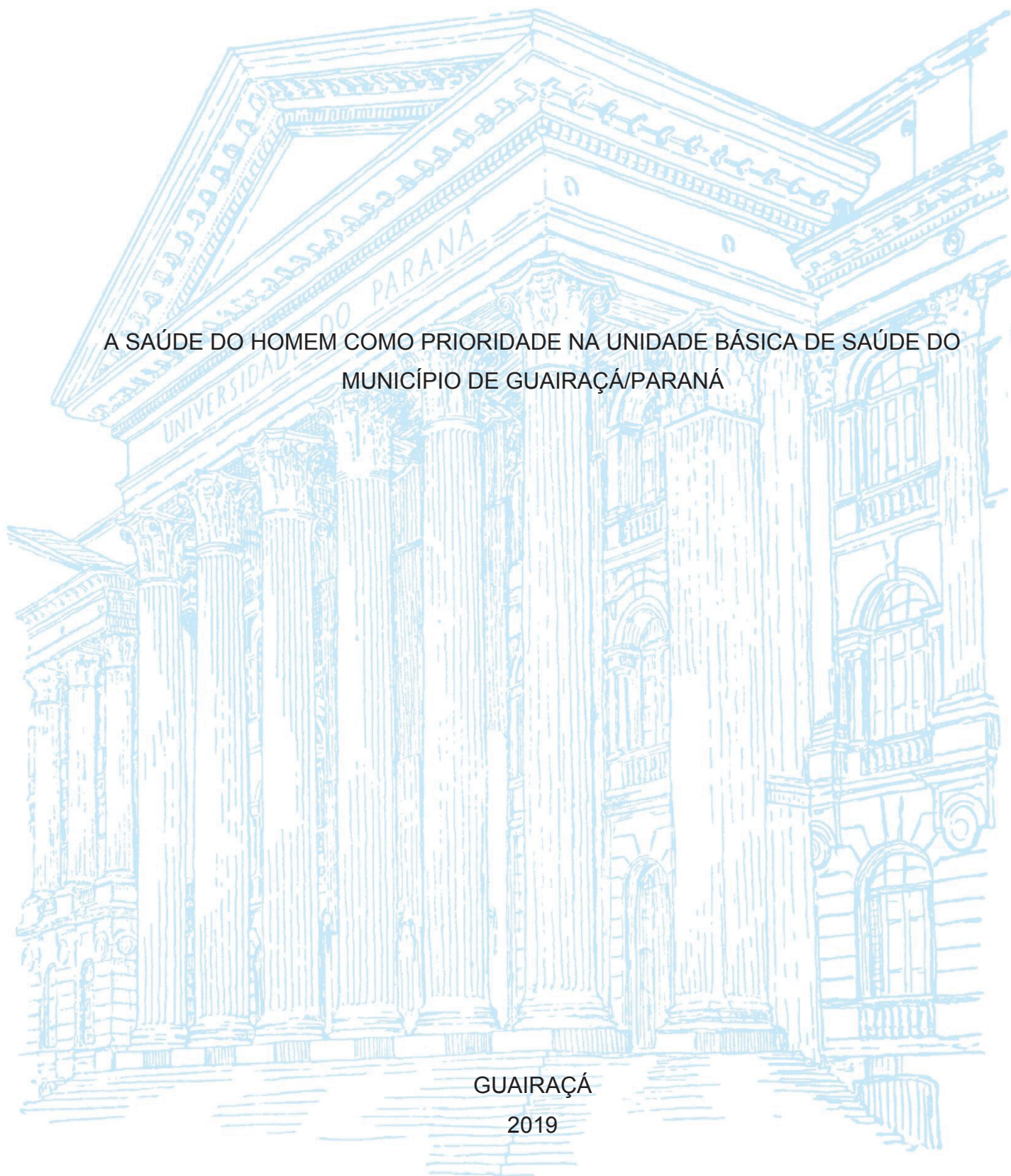
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANO CHIAPPIM HEREDIA

A SAÚDE DO HOMEM COMO PRIORIDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ/PARANÁ

GUAIRAÇÁ

2019



ADRIANO CHIAPPIM HEREDIA

A SAÚDE DO HOMEM COMO PRIORIDADE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE GUAIRAÇÁ/PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Ipojuca Fraiz

GUAIRAÇÁ
2019

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por nos ter permitido o dom da vida e por proporcionar a realização deste trabalho para mim e todos os colegas, por esta oportunidade em especializar em Saúde da Família que irá aprimorar nossos conhecimentos para o dia a dia, a todos os envolvidos nesse trabalho há meses , aos tutores e professores, gestores e a meus pacientes que foram fundamentais na elaboração deste e essenciais para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir realizar este trabalho e assim poder levar aos meus pacientes um atendimento mais digno, competente e humano. Agradeço a minha família, meus filhos, minha esposa e meus amigos por todo apoio.

“O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a
qualquer outra vantagem” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

Cuidar da saúde masculina é um processo dinâmico, complexo e que requer uma atenção especial. Historicamente falando, as práticas de saúde voltadas a promoção e proteção de saúde não contém traços de prevenção ou cuidados específicos para o homem. Diversos fatores contribuem para a vida sedentária masculina, estressante e alienada aos cuidados, seja pelo mito de que o homem tem que ser sempre forte ou pelo papel que este representa na sociedade. Para os profissionais é necessário perceber os riscos situacionais aos quais todos os indivíduos estão propícios enquanto inseridos no meio social em que vivem. Partindo desse pressuposto, esse trabalho teve como objetivo propor um plano de intervenção para aumentar o vínculo da população masculina do Município de Guairacá/Paraná, onde se localiza a Unidade Básica de Saúde (Guairacá NIS II). O desenvolvimento do plano de ação voltado a saúde masculina intenciona facilitar a abordagem da temática saúde para com os homens atendidos na UBS. A partir dos trabalhos educativos, observou-se afastamento do homem quanto aos cuidados com a saúde. Propõe-se a implementação de atividades de educação em saúde para o homem, bem como busca ativa e abordagem individualizada desse grupo, uma vez que, a população masculina frequente a primeira consulta, não realizando assim, um tratamento ou prevenção contínua.

Palavras-chave: Saúde do Homem. Prevenção Primária. Gênero. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Caring for male health is a dynamic, complex process that requires special attention. Historically speaking, health practices aimed at health promotion and protection do not contain traits of prevention or specific care for man. Several factors contribute to the sedentary male life, stressful and alienated to care, either by the myth that man must always be strong or by the role that he represents in society. For professionals it is necessary to perceive the situational risks to which all individuals are propitious while inserted in the social environment in which they live. Based on this assumption, the objective of this study was to propose an intervention plan to increase the male population in the municipality of Guairaçá / Paraná, where the Basic Health Unit (Guairaçá NIS II) is located. The development of the plan of action for the male health will aim to facilitate the approach of the thematic health to the men attended in the UBS. Based on the educational work, it was observed that the man is away from health care, especially in the preventive and treatment aspects, and greater engagement in situations of risk, which favors an increase in mortality. It proposes the implementation of health education activities for men, as well as the active search and individualized approach of this group, since the male population frequent the first consultation, thus not performing a continuous treatment or prevention.

Keywords: Men's Health. Primary Prevention. Genre. Risk factors.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PLANO ESTRATÉGICO ELABORADO PELA ESF	29
GRÁFICO 2 – PARTICIPAÇÃO E BUSCA DOS USUÁRIOS ENTREVISTADOS NA UNIDADE DE SAÚDE.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
CID – Código Internacional de Doenças
DCV – Doenças Cardiovasculares
DCNT – Doenças Crônicas não transmissível
DM – Diabetes Mellitus
DST – Doenças Sexualmente Transmissível
ESF – Estratégia Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
US – Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 JUSTIFICATIVA	18
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo geral	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	19
1.3 METODOLOGIA.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 AS DIFICULDADES NA ABORDAGEM À SAÚDE DO HOMEM	21
2.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	22
2.3 LIMITES DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA INSERÇÃO DO HOMEM NA US ..	24
2.4 DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO MASCULINA.....	25
2.4.1 Câncer de Próstata	26
2.4.2 Alcoolismo	27
2.4.3 Prevenção de Violências e Acidentes	27
3 MATERIAL E MÉTODOS	28
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
4.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

A Atenção à Saúde no município de Guairaçá-PR é estruturada de forma a seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de atendimento universal, integralidade das ações, garantia de acesso e equidade na atenção à população. Neste Modelo há um grande envolvimento dos profissionais com a população.

No modelo assistencial centrado na Atenção Básica à Saúde deve haver grande envolvimento dos profissionais da saúde com a população.

Assim, na Estratégia Saúde da Família (ESF) atuam integralmente à rede municipal, equipes de saúde do homem, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia de integralidade da assistência, avaliadas pelo Ministério da Saúde (MS) com base nas normas de direção nacional do SUS. Sabe-se que o foco da ESF é dar é a reorientação do modelo assistencial, conforme os princípios do SUS; dessa forma as equipes de saúde têm responsabilidade em conhecer a realidade local, o modo de vida familiar e comunitária, para o desenvolvimento do processo de planejamento pactuado de saúde.

De acordo com o diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (Guairaçá, Nis II), localizado no centro da cidade do município de Guairaçá onde atuo, cerca de 80% da população utilizam o Sistema Único de Saúde, frente que, a maior parte dela é formada por mulheres. Entende-se a ESF como um meio de prevenção aos agravos da saúde, onde a maior parte da população, busca os serviços de saúde quando estão doentes. Nesse contexto busca-se entender os fatores que estão associados à baixa procura dos homens aos serviços de saúde.

O homem brasileiro morre prematuramente quando comparados às mulheres. Seu risco de morte é 40% maior que o das mulheres. O homem procura tardiamente os serviços de saúde, pois culturalmente não tem o hábito de se prevenir contra enfermidades e isto faz com que na maioria das vezes, a doença seja descoberta em fase avançada, iniciando o tratamento tardiamente, dificultando a recuperação e aumentando a possibilidade de óbito (BRASIL, 2008).

Alguns estudos relacionados a saúde do homem apontam que as características dos serviços de saúde são percebidas como obstáculos pelos homens, desde aspectos relacionados a estruturação dos serviços, formas de acesso e até mesmo o próprio atendimento. Os homens, por exemplo, percebem

como obstáculo o horário de funcionamento da unidade de saúde dado que, na maioria das vezes, ela coincide com o de seu trabalho.

Frente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), objetivou-se por criar medidas que contribuam com um melhor atendimento à população masculina. De acordo com dados do (IBGE) os homens brasileiros vivem em média 7,2 anos a menos que as mulheres. Entre as causas, estão a violência e os acidentes de trânsito, além de doenças cardiovasculares e infarto agudo do miocárdio. Essas últimas, juntamente com as estatísticas que mostram que o homem normalmente adentra o Sistema Único de Saúde (SUS) pelos serviços de atenção especializada – média e alta complexidade; apontam uma necessidade de aumento e busca regular de medidas de prevenção primária.

Observa-se que a população masculina tem maior morbidade. Fator este que deve ser levado em conta, pelas ações de Atenção Básica à Saúde, objetivando a diminuição de mortes masculinas. Uma das doenças mais graves é o câncer de próstata. O número de mortes por esse segmento cresceu consideravelmente, que na maioria das vezes, se dão por falta de prevenção precoce. Entre as informações estão, por exemplo, dicas para manter alimentação saudável, evitar fumar e consumir bebidas alcoólicas, além de praticar atividades físicas. São atos simples que promovem o bem-estar e ajudam a manter mente e corpo em perfeito funcionamento, prevenindo doenças.

O próprio atendimento é muitas vezes percebido como uma barreira para os homens, já que a maioria dos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) é do sexo feminino. Nessa situação os homens podem não se sentir à vontade para a realização de exames que exijam despir-se ou tratar de assuntos referentes a sexualidade, por exemplo.

Por conseguinte, umas das principais dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam na APS é, justamente como acolher e facilitar o acesso dessa população a esses serviços. Além disso, muitas vezes os profissionais não estão preparados para lidar com essas especificidades. É importante que as questões de gênero sejam objeto de reflexão e de debates entre os profissionais das equipes da APS, na perspectiva de homens e mulheres terem igualdade de acesso, de entendimento sobre a importância de seu autocuidado e de responsabilidade sobre o mesmo.

Com isso, a Atenção Básica na saúde do homem deve buscar desenvolver estratégias que respeitem as singularidades dessa população, facilitando o vínculo e a aproximação desse grupo aos serviços de saúde.

Diante das considerações abordadas sobre a inclusão dos homens nos serviços de saúde, o interesse pelo tema surgiu a partir da percepção de que a presença masculina nas unidades de saúde ainda é escassa. A atenção básica é a porta de entrada de acesso à saúde, no entanto, os homens pouco utilizam os serviços disponibilizados por estas unidades, visto que o vínculo entre estes e os serviços de saúde ainda necessita ser fortalecido.

Desse modo, com este trabalho, propõe-se focar na atuação da equipe de saúde do PSF Guairacá (Unidade Básica de Saúde NIS II) na programação de ações que estimulem a participação do homem de forma mais efetiva nos programas de saúde, principalmente por questões como o autocuidado, a valorização do corpo e no reconhecimento de suas necessidades e possibilidades de adoecer.

Esse estudo pode ser de grande valia para a gestão do município, pois reflete não só em questões de saúde e prevenção das doenças que afetam a população masculina, mas, envolve questões sociais, culturais, educacionais e políticas. Portanto, é preciso ir além, entendendo como esses sujeitos se sentem representados na sociedade e de como percebem esse autocuidado de sua saúde. Quando esses aspectos são considerados, o homem passa a ser percebido em sua totalidade.

1.1 JUSTIFICATIVA

Esse estudo é de grande valia para a gestão do município, pois reflete não só em questões de saúde e prevenção das doenças que afetam a população masculina, mas, envolve questões sociais, culturais, educacionais e políticas. Portanto, é preciso ir além, entendendo como esses sujeitos se sentem representados na sociedade e de como percebem esse autocuidado de sua saúde. Quando esses aspectos são considerados, o homem passa a ser percebido em sua totalidade.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Demonstrar a importância da realização de novas estratégias para o atendimento à saúde do homem, bem como, a sua conscientização na busca pelo cuidado e valorização pessoal.

1.2.2 Objetivos específicos

Descrever a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

Utilizar estratégias que aumentem a procura dos homens pelos serviços de saúde;

Modificar a cultura da masculinidade que leva à resistência do homem ao cuidado em saúde, por meio de ações educativas e combate discursos estereotipados.

1.3 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido na área da abrangência do PSF (Posto Guairaçá, Nis II). O público alvo foi composto pela comunidade residente na área apresentada dos quais fazem parte dos atendimentos da unidade. Durante o desenvolvimento da disciplina obrigatória do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi elaborado o diagnóstico de saúde baseado nos bairros do qual a US presta seus serviços. Para esse trabalho contou-se com os sistemas de informação, os cadernos de registro da equipe e com o auxílio dos ACS.

Trata-se de uma proposta para um projeto de intervenção que foi realizado após um diagnóstico situacional na área de abrangência. A problema se dá pela não procura dos usuários do sexo masculino nos atendimentos realizados na UBS para promoção de saúde e prevenção de doenças. O presente projeto busca medidas de intervenção realizadas através de rodas de conversa e palestras ministradas ao público masculino, de modo que amplie o seu acesso a Unidade de Saúde e os conscientizem a assumir o papel de protagonistas do seu processo saúde/doença,

dando maior prioridade à promoção da saúde e prevenção de doenças. Para facilitar a análise foi necessário separar a população em sexo e faixa etária, ficando distribuídas da seguinte forma: De 0 a 09 anos (infância), 10 a 24 anos (adolescência/juventude), 25 a 59 anos (idade adulta) e 60 anos ou mais (idoso).

Após levantamento desses dados, faz-se necessário realizar um levantamento bibliográfico sobre os aspectos que ocasionam a baixa procura desta população aos serviços de atenção primária e a falta de estruturação dos serviços de saúde para atender as demandas provenientes do sexo masculino.

Como método, foi utilizada a revisão de literatura, que é caracterizada segundo as fontes e procedimentos de coleta de dados como bibliográfica, por utilizar, de acordo com Santos (2002), total ou parcialmente, materiais escritos/gravados, que possuem informações organizadas e publicadas por outros autores. A pesquisa com base bibliográfica deve dar início a qualquer busca científica, já que, atualmente, muitas necessidades humanas contêm algo registrado a respeito.

A revisão de literatura foi realizada com base em um levantamento bibliográfico, pautadas em artigos científicos de plataformas como: Scielo, Lilacs, Portais do Ministério da Saúde/SUS com os descritores: saúde do homem, atenção básica e promoção da saúde, utilizando fundamentos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH), com a finalidade de aprofundamento acerca do assunto abordado. Por fim, foi elaborado um plano de ação visando a inserção a saúde do homem no cotidiano da ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AS DIFICULDADES NA ABORDAGEM À SAÚDE DO HOMEM

A população masculina pertencente a faixa etária entre 25 a 60 anos, contempla uma parcela preponderante da força produtiva brasileira, exercendo papel significativo sociocultural e político. Se compreendermos o conceito do masculino como uma construção social emergida em valores, simbolismos, crenças e outros aspectos biopsicossociais, entende-se que o homem também sofre consequências devido às características da masculinidade, pois não é aceitável aquilo que está fora do ser homem ou muito próximo das características ditas femininas. Assim a cultura atual ainda reforça os estereótipos de gênero, em que o homem é tido como provedor, o ser mais forte, saudável e vigoroso.

Ao ter como base essas crenças e valores, os homens acabam por cuidar menos da própria saúde. Além disso, devido ao fato de a doença representar para muitos homens sinal de fraqueza quando esses buscam serviços de saúde já se encontram em estágios mais avançados da doença. Soma-se, ainda, o fato de que os homens se expõem com maior frequência às situações de risco em relação às mulheres, como por exemplo, deixam de buscar acompanhamento médico, pouco cuidado consigo e maior exposição à violência e acidentes de trabalho ou no trânsito, além de apresentar menor engajamento em ações preventivas de saúde.

Decorridos mais de 20 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), verifica-se que a relação homem/mulher nos aspectos relacionados às políticas públicas ainda exibem contrastes significantes (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). Ressalta-se que por muito tempo, as políticas públicas foram voltadas especialmente para mulheres, idosos, adolescentes e crianças, resultando em uma cultura pré-definida de que, as US e outros serviços de saúde não contemplam a população masculina e suas ações e, portanto, não promovem a busca ativa desse público.

Araújo (2007) entende que este fato está relacionado à visão histórica que a sociedade dispõe sobre a figura masculina, de que o homem é um ser invulnerável, viril, forte; e que o autocuidado não é visto como uma prática comum, onde esta, influencia indiretamente na baixa procura pelos serviços de saúde, o que de certa

forma interfere no desenvolvimento de doenças que são passíveis de prevenção e tratamento eficiente.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) o homem brasileiro morre prematuramente, e conforme estatísticas, seu risco de morte é 40% maior que o das mulheres. Muitos dos problemas de saúde responsáveis pelo atual perfil de mortalidade masculina podem ser evitados ou minimizados quando são praticadas as medidas preventivas de saúde. Além disso, entende-se que o “ser” homem é mais que uma definição biológica, já que está se refere apenas as características anatômicas, fisiológicas e genéticas dos seres humanos.

Assim, a elaboração e implantação de uma política pública voltada para os homens deve abordar o masculino dentro de suas características particulares e necessidades distintas. É preciso ir além, entender, também, a concepção de gênero como esses sujeitos se sentem representados na sociedade e como percebem o cuidado de sua saúde.

Ciente destes aspectos, o Ministério da Saúde promulgou em 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual contemplaria medidas que contribuíssem para a compreensão das necessidades masculinas, passando a entender o homem na sua totalidade. Consequentemente, leva-se em conta que os agravos a saúde masculina é um grande problema para a saúde pública, e trabalhar em favor dessa população é um ganho incalculável aos serviços e redes de cuidado da saúde pública.

2.2 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Instituída pela Portaria nº 1. 944/GM do Ministério da Saúde, em 27 de agosto de 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) objetiva fomentar ações de saúde que compreendam o homem nos meios sociais, políticos e econômicos em todo o território nacional.

A PNAISH ressalta ainda o quão importante é a mudança de consciência masculina em relação ao cuidado de si mesmo. Com isso, espera-se favorecer a redução dos índices de morbimortalidade masculina por causas preveníveis e evitáveis, bem como aumentar a expectativa de vida dessa população. O documento também tem o papel de instrumentalizar os profissionais de saúde, para o

desenvolvimento de ações de incentivo ao autocuidado e ressaltar que a saúde é um direito legalmente garantido para os brasileiros.

Sendo assim, a PNAISH opera em cinco eixos temáticos: Acesso e acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças Prevalentes na População Masculina e Prevenção de Violências e Acidentes.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a masculinidade está associada à agressividade, bem como à invulnerabilidade e consequente exposição a riscos variados, como o uso do álcool e outras drogas ilícitas e a prática da violência. Schraiber, Gomes e Couto (2005) colocam que a ideia da masculinidade associada à virilidade aumenta a vulnerabilidade dos homens a práticas sexuais de risco, com maior chance de contrair as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e em particular a AIDS.

Portanto, é possível observar que a concepção atual do masculino e a forma como esse grupo é visto na sociedade pode afetar, de maneira negativa, a percepção de homem quanto as questões de cuidado com a própria saúde. Os homens buscam menos pelos serviços de saúde em relação às mulheres e, normalmente, quando o fazem, já estão doentes, sendo as ações preventivas ainda incipientes para esta população. Essas atitudes, além de aumentarem os riscos para a saúde, também elevam os custos assistenciais, uma vez que, a porta de entrada dessa população se dá pelas unidades de média e alta complexidade.

De acordo com Braz (2005), diversos motivos podem ser apontados como obstáculos pelos homens ao optar pelos serviços de saúde da APS. Desde aspectos relacionados à estruturação do serviço, formas de acesso e até mesmo ao próprio atendimento são referidos. Os homens, por exemplo, percebem como entrave o horário de funcionamento das US dado que, na maioria das vezes, ele coincide com o de trabalho. Na percepção masculina isso pode ser justificado em que eles são os provedores da família e não podem se ausentar do trabalho. Esse fato também é presente na população feminina, entretanto, as mulheres conseguem, mesmo com dificuldade, buscar o seu cuidado.

Vê-se aqui o impacto social no cuidado à saúde relacionado as questões culturais e de gênero, necessitando ser objeto de trabalho das equipes da APS, além da importância de se incorporar em todo o processo educacional do País.

Um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens, conforme repetido inúmeras vezes ao longo do processo de construção da nova política é

justamente a centralidade da ideia da invulnerabilidade, ou seja, da ideia de potência, na construção da masculinidade hegemônica (CARRARA, RUSSO e FARO, 2009, p. 665).

Ainda quanto à estruturação dos serviços, os homens citam percebê-la como algo moroso e pouco resolutivo. A exemplo, Costa-Junior e Maia (2009) citam o processo de agendamento de uma consulta que, por muitas vezes, implica no enfrentamento de uma grande fila de espera e que, nem sempre, os homens têm seus problemas resolvidos em uma só consulta.

Por conseguinte, umas das principais dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam na APS é, justamente, como acolher e facilitar o acesso dessa população a esses serviços. Além disso, muitas vezes os profissionais não estão preparados para lidar com essas especificidades. É importante que as questões de gênero sejam constante objeto de reflexão e de debates entre os profissionais da equipe da APS, na perspectiva de homens e mulheres terem igualdade de acesso, de entendimento sobre a importância do seu autocuidado e de responsabilidade sobre o mesmo.

2.3 LIMITES DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA INSERÇÃO DO HOMEM NA US

Para Figueiredo (2005) a eficácia da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não condiz somente com a sua implementação, mas também, com o suporte dado aos profissionais que atendem a população masculina, ou seja, é necessário qualificar os profissionais para que estes, estejam aptos a identificar e minimizar as barreiras que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde.

Apesar da demanda masculina ser inferior à feminina nas unidades básicas de saúde, esta não pode ser uma verdade absoluta e sim um quadro a ser mudado. O passo inicial para tal mudança deve ser dado pelos profissionais de saúde que por sua vez, se conformam com o fato de que os homens são a minoria nos serviços, oferecem resistência para comparecer nas consultas e adesão ao tratamento, ficando o conformismo por parte destes profissionais reproduzidos na postura dos usuários, dificultando desta forma a interação dos homens com o serviço. Tal atitude demonstra que os próprios profissionais ainda não foram despertados para realizar uma atenção integral voltada para a perspectiva de gênero (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005 apud COUTO et al, 2010 p.80).

Habitualmente, o profissional de saúde tem mais sensibilidade e dispõe de mais tempo as queixas trazidas pela população feminina, visto a demanda maior de atendimento nas unidades de saúde. Aos usuários do sexo masculino as informações referentes a saúde são breves, pautada pela baixa procura e tempo escasso que normalmente reflete o dia a dia dessa população. Talvez isto ocorra devido ao aprendizado que o profissional adquire desde a graduação de que o atendimento à mulher tem que ser minucioso e integral, com maior preocupação com a reprodução. Enquanto que o atendimento voltado para o homem é associado com a sexualidade, rápido e objetivo, satisfazendo a suas necessidades momentâneas sem nem tentar uma educação em saúde ou incentivar o retorno do mesmo a unidade (COUTO et al, 2010).

A fim de aumentar a qualidade da assistência Gomes (2008, p. 89) aponta que “os profissionais de saúde precisam planejar e realizar ações para ampliar a percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde e de seus familiares, rompendo as amarras socioculturais”. Sendo assim os profissionais devem fazer a sua parte, embasados no que dita a legislação atual, e prestar um atendimento adequando-se as diferenças de idade dos seus clientes, condição socioeconômica, étnico-racial e a orientação sexual, pois estão diretamente relacionados com a saúde do sujeito.

2.4 DOENÇAS PREVALENTES NA POPULAÇÃO MASCULINA

As doenças cardiovasculares (DCV), como infarto agudo do miocárdio (IAM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), a neoplasia maligna de próstata, as doenças do aparelho respiratório e diabetes mellitus (DM), o alcoolismo e o tabagismo configuram o grupo de doenças mais frequentes na população masculina.

No Brasil, em 2014, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 24,4% das mortes, sendo que 60% dessas mortes acometeram a população masculina, com idade média de 56 anos. Quanto aos cuidados para os homens com HAS e DM é necessário estar atento às implicações sofridas na vida sexual dos homens, especialmente a possíveis efeitos colaterais relacionados ao desempenho sexual causados pelas drogas utilizadas no tratamento. A sexualidade é um componente intrínseco à vida humana e deve ser considerada, inclusive no cuidado às pessoas com HAS e DM. As doenças causadas pela condição crônica podem

influenciar na forma com que o homem lida com a própria doença e seu tratamento, além de trazer impactos emocionais, sociais e psicológicos.

Também são mais prevalentes na população masculina os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento das DCNT, entre eles: a obesidade, a alta ingestão de alimentos ricos em sódio e gorduras, o tabagismo e o sedentarismo. Muitos fatores de risco podem ser modificados por meio de ações educativas, preventivas e de promoção da saúde, elencando a atenção primária como um elemento-chave na ampliação dessa estratégia de cuidado para essas doenças.

Considera-se também que, na fase inicial, essas doenças podem ser assintomáticas ou apresentar poucos sintomas, o que contribui para a maior mortalidade masculina, pois os homens não são adeptos às práticas regulares de acompanhamento da saúde. Lamentavelmente, quando os homens buscam os serviços de saúde, encontram-se nas fases mais avançadas das doenças.

2.4.1 Câncer de Próstata

No mundo, o número de mortes em decorrência de câncer, no ano de 2012, foi de 8,2 milhões, e o número de casos novos foi de 14,1 milhões. Com o incremento na expectativa de vida, acredita-se que estes dados aumentarão significativamente. Estima-se que em 2030 o número será de 21,4 milhões de casos incidentes e 13,2 milhões de mortes anuais. Dentre esses, os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Na população masculina, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%).

Esse cenário justifica a preocupação e a elaboração de estratégias de cuidados da doença, que devem ser adotadas, pelas equipes de saúde. Para tanto, é importante os profissionais conhecerem de forma efetiva as pessoas, seu genograma, assim como a doença, seus fatores de risco, práticas de rastreamento e possibilidades terapêuticas. Dentre os fatores de risco, a idade é o de maior significância, sendo o aparecimento da doença mais comum após os 60 anos e incomum previamente aos 45 anos. No que diz respeito à história familiar da doença, quando presente em familiares de primeiro grau, o risco pode ser considerado de três a dez vezes maior em relação à população geral.

2.4.2 Alcoolismo

Tanto o alcoolismo como tabagismo são doenças crônicas descritas no CID-10, mais precisamente no grupo de Transtornos Mentais e Comportamentais. Além disso, ambas as substâncias, nicotina e álcool, causam dependência química e diversos problemas físicos, psicológicos e sociais.

Quanto ao consumo de álcool, os riscos não são diferentes. O uso abusivo e a dependência de álcool acarretam riscos para doenças cardíacas e cerebrovasculares, transtornos psiquiátricos violência doméstica, neoplasias, cirrose hepática, traumas, eventos fatais, dentre outros. O uso do cigarro, como também o consumo de bebidas alcoólicas, normalmente, é iniciado durante a adolescência. Dessa forma, os gastos relacionados aos problemas causados pelo alcoolismo correspondem a 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) anual, enquanto a indústria do álcool é responsável por movimentar apenas 3,5% do PIB, ou melhor, o Brasil gasta o dobro para tratar o alcoolismo.

2.4.3 Prevenção de Violências e Acidentes

Segundo o Ministério da Saúde, as causas externas são a principal causa de morte entre os jovens, sendo responsável por 64% dos óbitos. Quanto ao risco de morte por essas causas, a população masculina possui 5,1 vezes mais risco do que as mulheres. Assim a violência tornou-se um importante problema social, por afetar a sociedade como um todo e acarretar perdas sociais, emocionais, financeira e na qualidade de vida das pessoas.

A violência pode ser entendida como um fenômeno multicausal, que tem seus determinantes embasados no meio econômico, cultural, político e nas características biopsicossociais. Estas, por sua vez, podem ser, segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10), classificadas da seguinte forma: Causas acidentais: englobam acidentes de transporte, de trabalho, quedas, envenenamento, afogamentos e outros tipos de acidentes; Causas Intencionais: abrangem as agressões e lesões autoprovocadas, e eventos cuja intenção é indeterminada. Os acidentes e as causas intencionais são as principais formas de violência sofridas pela população masculina.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Após realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da do PSF (Posto Guairacá, Nis II), iniciou-se a elaboração de um plano de ação para que a ESF possa prestar uma assistência qualificada à população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos de idade e favorecer com a redução os índices de morbimortalidade dos usuários dessa faixa etária.

O estudo propõe a construção de um plano de intervenção que contemple a implementação de atividades de educação em saúde para o homem, bem como a busca ativa e abordagem individualizada desse grupo. O plano objetiva melhorar a assistência prestada à população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, na atenção primária à saúde, favorecendo a redução de agravos evitáveis e consequentemente proporcionar redução de gastos no sistema de saúde, amenizando a sobrecarga nos serviços secundário e terciário.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a promoção da melhoria das condições de saúde da população masculina contribui para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços.

Partindo dessa análise, faz-se necessário a construção de um Plano Estratégico voltado para a organização da demanda e reestruturação dos serviços de saúde tendo em vista a melhoria das condições de saúde da população alvo.

Mediante a análise do livro de acolhimento observou-se a pouca presença do sexo masculino de 25 a 59 anos nos serviços de atenção primária, o que torna necessário adoção de estratégias visando a um maior engajamento de homem adulto nos serviços de saúde. Para tal, é proposta uma melhoria na estrutura dos serviços de atenção primária para favorecer a captação e o estabelecimento do vínculo da população masculina com o serviço.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Abaixo são relatadas muitas das necessidades de saúde que não se manifestam de forma imediata e a equipe da atenção primária pode intervir em ações de promoção/prevenção para melhorar as condições de saúde da população masculina. Muitas das demandas apresentadas no acolhimento poderiam ter sido evitáveis se a prática de prevenção fosse estabelecida. Mediante a esse plano de ação, as equipes de saúde podem favorecer uma melhor qualidade de vida a população masculina e organizar melhor o seu processo de trabalho. Como foi visto, anteriormente, muitas necessidades de saúde não se manifestam de forma imediata e a equipe da atenção primária pode intervir em ações de promoção/prevenção para melhorar as condições de saúde da população masculina.

GRÁFICO 1 – Plano Estratégico elaborado pela ESF (Posto Guairaçá, Nis II).

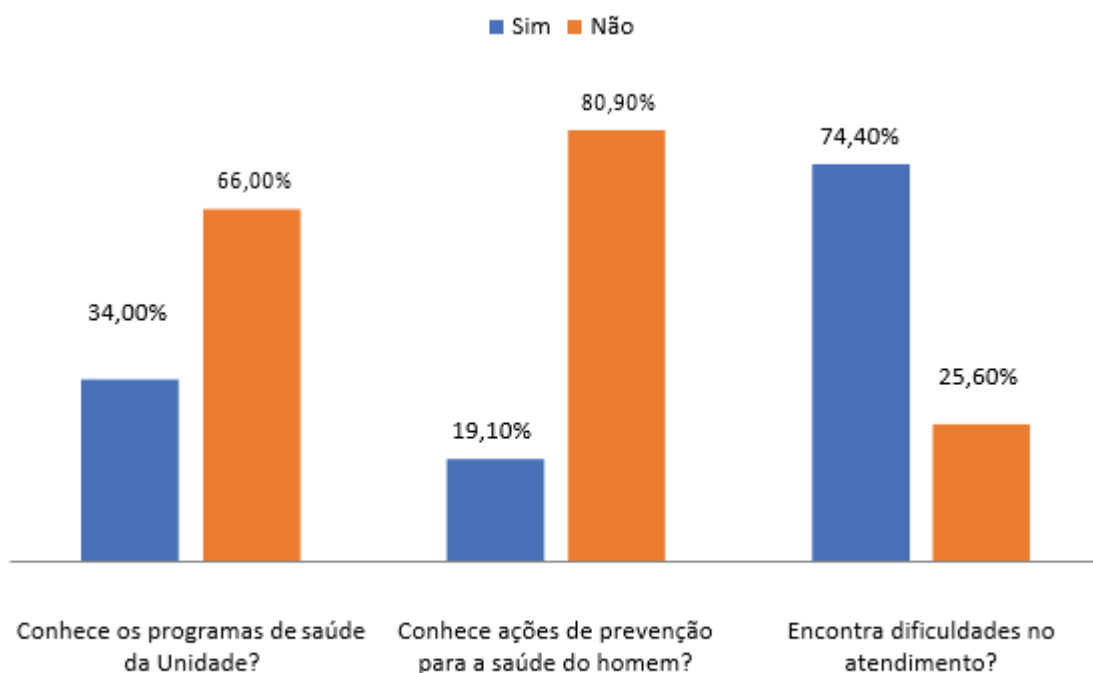
Estratégias para alcance dos objetivos/met as	Atividades a serem desenvolvid as	Recursos necessários	Responsáveis	Prazos	Indicadores para avaliar o alcance dos resultados
Realizar a promoção, prevenção e proteção da saúde do homem	Grupos operativos que atuem na unidade e em toda a área de abrangência	Equipamentos audiovisuais, Computador, Projetor digital e cartazes	Agentes de saúde, enfermeiro, médico e Técnico de Enfermagem	Semestral com início em janeiro de 2019	Lista de Presença, dinâmicas de grupo e questionários
Garantir maior acessibilidade do homem através de agenda com horário especial	Solicitar a ampliação do horário de atendimento da unidade até as 19:00h uma vez por semana	Cartazes e panfletos informativos sobre o novo horário de funcionamento da unidade	Gestores, Médico e Enfermeiro	Maio de 2019	Prontuários de atendimento

Utilizar linhas de cuidado propostas pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem	Qualificar os profissionais de saúde para atendimento baseado na linha guia	Linhas de cuidado propostas pela PNAISH/ Equipamentos audiovisuais, Computador, Projetos digital e cartazes	Médico e Enfermeiro	Janeiro de 2019	Lista de Presença, dinâmicas de grupo e questionários
Pactuar metas municipais para alcance de resultados	Registrar o número de atendimentos atuais e compará-los com o número de atendimentos após a realização do plano de ação	Planilha de registros de atendimento preventivo à saúde do homem, como foco principal.	Auxiliar administrativo e Enfermeira	Março 2019	Planilha de registro de atendimento à saúde do homem

FONTE: Própria (2019)

Como descrito na metodologia, foi necessário separar a população em sexo e faixa etária, ficando distribuídas da seguinte forma: De 0 a 09 anos (infância), 10 a 24 anos (adolescência/juventude), 25 a 59 anos (idade adulta) e 60 anos ou mais (idoso). Os participantes voluntários foram 47 homens que buscaram a Unidade de Saúde (Posto Guairacá, Nis II) para atendimento preventivo ou curativo no período de realização do estudo, que ocorreu entre os meses de janeiro/junho de 2019.

GRÁFICO 2 – Participação e busca dos usuários entrevistados na Unidade de Saúde.



Fonte: Própria (2019)

O gráfico acima nos mostra um panorama da participação dos usuários nas unidades de saúde. Podemos observar que alguns usuários não estão atualizados acerca das rotinas e dos programas nas unidades de saúde, onde 66% disseram que não conhecem os programas de saúde da unidade. Relacionado ao conhecimento das ações de prevenção para a saúde do homem chamou atenção quando 80,90% (38 usuários) responderam que desconhecem. É considerado baixo o conhecimento da população masculina acerca dos serviços de saúde das unidades. Foi observado que 74,40% (34 usuários) encontram dificuldades sendo: 17% com dificuldade em marcação de exames e escassez de medicamentos, 25% em dificuldade para marcação de consultas e 32,40% não quiseram especificar, apenas disseram que sim. No entanto, acerca do motivo de procura à Unidade de Saúde 68% (32 homens) buscaram a unidade para tratamento e apenas 32% (15 homens) para prevenção. É fundamental que o homem seja incentivado a buscar as

unidades para prevenção, onde terão acesso às atividades educativas, realização de exames de rotina, vacinação, fortalecimento do vínculo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas diferentes dimensões discutidas pelos autores relacionados neste estudo em relação ao gênero, percebe-se o grande impacto que isso representa para a saúde masculina. Enfrentar os obstáculos no campo da saúde e nas questões de gênero tem sido um grande desafio para as Equipes de Saúde da Família. Evidencia-se na discussão do trabalho a baixa procura da população masculina aos serviços de atenção primária e, no âmbito das unidades de saúde, a escassez de ações voltadas à saúde do homem, pois em geral as ações estão organizadas em torno do atendimento de mulheres, crianças e idosos, o que reforça a necessidade de estratégias de integração do homem à rede de serviços de saúde.

Pôde-se observar que a maior parte dos usuários vão às unidades de saúde em busca do tratamento, esse dado encontrado significa que os homens não se preocupam tanto com a prevenção, e apenas procuram uma unidade de saúde quando estão com algum sintoma. O desconhecimento e a fragilidade na relação com as unidades de saúde foram reafirmados com a pesquisa. Notou-se que a participação dos homens nas unidades de saúde ainda é pequena, principalmente a população jovem.

5.1. RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Destaca-se ainda a necessidade de um programa específico para a saúde do homem nas Unidades de Saúde, bem como a intensificação da realização de atividades educativas que deem maior empoderamento aos usuários, proporcionando-lhes assim melhor autocuidado e práticas saudáveis. Logo as ações e atividades de promoção de saúde para o público masculino, devem ser sempre realizadas, tanto para instruir a população como também para facilitar e ampliar o seu acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E.M.L. **Saúde do Homem**: uma nova etapa da medicalização da sexualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.1: p.18-34, jan. /Mar 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 22 abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é PSF?** Brasília: DF, 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 16 mar. 2019
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem**: Princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2008. 46 p. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- CÂMARA S.; RUSSO J.A.; FARRO, L. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil**. *Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n.3: p.659-678, 2009. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 13 mar. 2019.
- CAPONI, S. **A saúde como abertura ao risco**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- COSTA JÚNIOR, F.M.; MAIA, A.C.B. **Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde**. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, v.25, n.1: p.55-63, jan./mar. 2009. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 13 mar. 2019.
- FARIA et al. **Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte**: UFMG; NESCON/UFMG, p.32-33, 2008.
- FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens**: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.1: p.105-109, 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2010.
- GOMES, et al. **A prevenção do câncer de próstata**: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1: p.235-246, 2008. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 17 mar. 2019.
- GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem**: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.3: p.825-829, 2003. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 26 mai. 2019.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens**

com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.3: p.565-574, mar. 2007. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2019.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde:** uma revisão bibliográfica. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.22, n.5: p.901-911, mai. 2006 apud BERHAME et al. Gender Literacy and survival among Ethiopian adults. Bull World Health Organ, v.80, p.714-720, 2002. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 22. Mai. 2019.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. **Marcas indenitárias masculinas e a saúde de homens jovens.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.4: p.1556-1564, jul. 2008. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 18 mar. 2019.

SANTOS, A.R. **Níveis e tipos de pesquisa.** IN: SANTOS, A.R. Metodologia Científica - a construção do conhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: DPGA, cap.2, p.21-32, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.1: p.7-17, 2005. Disponível em <www.bireme.br> Acesso em: 13 mar. 2019.